



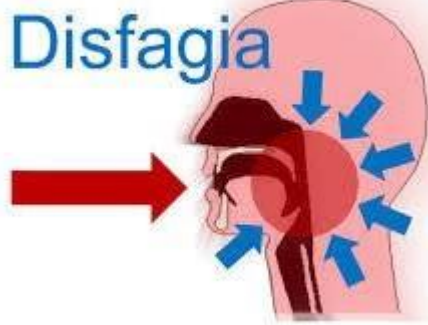
Universidad Zaragoza

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL DEPORTE

GRADO EN NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

TÍTULO DEL TRABAJO: LA DISFAGIA Y SU TRATAMIENTO EN ANCIANOS



https://www.google.com/search?q=disfagia+en+ancianos&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKewizzviZo-vqAhVs7OAKHdi1CUMQ_AUo

Presentado por:

Ana Belén González Sánchez

Curso académico: 2016-2020

ÍNDICE

DEFINICIONES.....	3
RESUMEN	4
OBJETIVOS	4
INTRODUCCIÓN.....	4
METODOLOGÍA:	5
FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN	5
Etapas de la deglución.....	5
SEMIOLOGÍA DE LA DISFAGIA:.....	7
CONDICIONES-CAUSAS QUE SE ASOCIAN A DISFAGIA:	7
COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISFAGIA:	8
FISIOPATOLOGÍA DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA:	9
PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA DE LA DISFAGIA EN EL ANCIANO:	9
Definición de MECV-V:	9
DISFAGIA Y ASPIRACIONES	11
DISFAGIA OROFARÍNGEA EN ANCIANOS	11
Disfagia en pacientes con accidente cerebrovascular agudo (ACVA)	12
Disfagia en pacientes con Parkinson.....	12
Disfagia en pacientes con demencia	12
Disfagia en pacientes con patología oncológica	13
VALORACIÓN DEL PACIENTE CON DISFAGIA	13
EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA:	14
Objetivos.....	14
Técnicas y diagnóstico	14
ABORDAJE PRÁCTICO:	15
TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA:	17
DIETAS HOSPITALARIAS.....	17
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFÍA:	18

DEFINICIONES:

- a) **Disfonía:** Trastorno cualitativo o cuantitativo de la fonación por causas orgánicas o funcionales.
- b) **Disartria:** Dificultad para la articulación de las palabras observada en algunas enfermedades nerviosas.
- c) **Xerostomía:** Sensación de sequedad bucal por mal funcionamiento de las glándulas salivales.
- d) **Sarcopenia:** Pérdida de masa muscular esquelética durante el envejecimiento
- e) **Apraxia:** Incapacidad total o parcial de realizar movimientos voluntarios sin causa orgánica que lo impida.
- f) **Xerostitis:** Inflamación de los tejidos serosos del cuerpo; son los que rodean el pulmón, el corazón y el peritoneo.
- g) **Reflejo palatino:** Elevación del velo palatino por contracción de los músculos del mismo.

TÍTULO: La disfagia y su tratamiento en ancianos

RESUMEN:

El tema abordado es la disfagia y su tratamiento en personas ancianas. La disfagia es la dificultad de deglutir alimentos o bebidas. Esta enfermedad puede afectar a la salud de las personas y a su calidad de vida, por lo que la detección de los síntomas es muy importante. Las personas de edad avanzada y aquellas con afecciones como enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, demencia, cáncer de cabeza y cuello o antecedentes de accidente cerebrovascular, pueden tener dificultades adicionales para tragar.

Existen varios tipos de disfagia como son la funcional o motora y la mecánica u obstructiva, afectando a diferentes etapas de la deglución y produciendo diferentes tipos de complicaciones que serán explicadas a lo largo del trabajo.

El método más rápido y sencillo para detectar una disfagia es el MECV-V (método de exploración clínica volumen-viscosidad) que nos ayuda a observar como realiza la deglución nuestro paciente y si esta es correcta y segura, dependiendo de los signos observados (carraspeo-tos-aspiraciones...)

Las personas más vulnerables para sufrir esta afección son las personas mayores sobre todo, ya que, además del factor envejecimiento se suman muchas otras patologías que pueden agravar esta enfermedad.

OBJETIVOS:

Los objetivos de este trabajo son tener un conocimiento suficiente y adecuado de en qué consiste la enfermedad de disfagia, cómo puede afectar a los pacientes y cómo ha de tratarse.

Con estos conocimientos se podrá tratar adecuadamente a un paciente con disfagia, y sobre todo se podrá tratar a los ancianos que la padezcan ya que abarcan la mayoría de los casos que la sufren.

Además es necesario conocer los diferentes tipos de disfagias que existen así como sus consecuencias y su fisiopatología.

Junto con el conocimiento de esta enfermedad y su tratamiento también queremos conocer la adecuación de las dietas para disfagia en un hospital.

INTRODUCCIÓN:

En este trabajo se explicará ampliamente en qué consiste la disfagia, tipos, consecuencias, fisiopatología y como afecta este tipo de enfermedad a las personas según su patología de base o simplemente por el paso del tiempo y la degeneración como ocurre en el caso de los ancianos.

La deglución es una de las funciones básicas del organismo. Es un proceso neuromuscular complejo, requiere coordinación muy precisa e implica una secuencia de acontecimientos que permiten la progresión del bolo hasta el sistema digestivo.

El objetivo de la deglución es la nutrición del individuo, teniendo dos características fundamentales: la eficacia de la deglución, refiriéndose a la posibilidad de ingerir la totalidad de las calorías y el agua necesarios para mantener una adecuada nutrición e hidratación; y la seguridad de la deglución, siendo esta la posibilidad de ingerir el agua y las calorías necesarias sin que se produzcan complicaciones respiratorias.

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución, esta puede presentarse en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el estómago.

Como consecuencia de la disfagia puede producirse penetración de material alimenticio en vías diferentes a la digestiva provocando aspiración traqueal o bronquial (por paso de agua o alimentos a la tráquea y bronquios) o aspiraciones silentes (penetración de saliva o comida por debajo de las cuerdas vocales no acompañada de tos ni de otros signos observables).

La disfagia es un problema clínico importante teniendo en cuenta el incremento en la esperanza de vida de nuestra población y las repercusiones nutricionales que genera.

(González & Molina Recio, 2016)¹

(Rojas, et al., s.f.)²

METODOLOGÍA:

La estrategia de búsqueda utilizada se hizo en base al tema que se quería tratar, solamente interesaban artículos específicos de disfagia, de sus consecuencias, de los tipos existentes y sobre todo artículos que hiciesen referencia al paciente anciano y su tratamiento.

Se han utilizado bases de datos como PubMed y Google Académico sobre todo, además de información recogida a lo largo de las prácticas hospitalarias con la logopeda.

Se han combinado los diferentes estudios en función de lo que explicaban, algunos solo contenían los tipos de disfagia y como tratarla, otros las consecuencias o la fisiopatología, por lo que se ha decidido unirlos mediante un esquema: definición, fisiología, tipos, consecuencias y tratamiento para poder integrar toda la información.

El número de artículos buscados era amplio para así poder tener un rango más elevado de búsqueda de información, pero no todos fueron válidos, ya que en algunos la información era muy escasa o se repetía con otro.

FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN:

Los trastornos de la deglución son una enfermedad que ha ido aumentando su prevalencia a lo largo del tiempo, debido al incremento de la esperanza de vida mundial y a los avances médicos que han reducido la mortalidad de algunas afecciones.

La deglución es una actividad neuromuscular compleja, que puede ser iniciada conscientemente, y que dura de 3 a 8 segundos.

Durante la insalivación, y como consecuencia de la presencia de mucina en la saliva, se favorece la formación de los llamados “bolos alimenticios” que luego serán deglutidos, podrán deslizarse más fácilmente hacia la faringe y luego a través del esófago.

Etapas de la deglución:

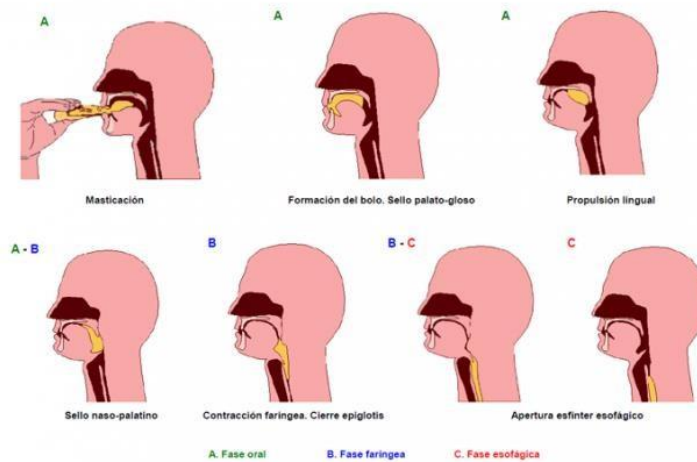
- a) Etapa de preparación oral → tiene una duración variable y es voluntaria. Se prepara el bolo alimenticio mediante la masticación y la mezcla de saliva.
- b) Etapa oral → dura un segundo y es voluntaria. Se produce una elevación de la lengua y el bolo es llevado a la parte posterior de la boca.
- c) Etapa faríngea → dura un segundo y es involuntaria. Se produce la elevación del velo del paladar, apertura del esfínter esofágico superior (EES), cierre de la glotis, acceso laríngeo, propulsión lingual y contracción faríngea.

Estas acciones se encargan de conducir el bolo de la boca al esófago sin que se desvíe hacia las vías aéreas. Los eventos más importantes de esta fase, son el cierre del orificio laríngeo superior o glótico, la iniciación de una onda de contracción peristáltica en el músculo faríngeo superior y la apertura del extremo superior del esófago que fuerza al “bolo alimenticio” a penetrar en él.

- d) Etapa esofágica → dura entre seis y ocho segundos y es involuntaria. En esta fase se produce el paso del bolo al estómago.

(M., et al., 2009)³

(Rubiera, et al., 2009)⁴



https://www.google.com/search?q=etapas+de+la+degluci%C3%B3n&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwIL2qe8hJHrAhVD88BQKHWWYBlwQ_AUoAXoECA4QAw&biw=1366&bih=576#imgcc=6Yp8YQ9ay48RM

Tabla 1. Fisiología de la deglución normal y cambios con la edad

Fases de la deglución	Cambios con la edad
Fase oral (voluntaria)	
1. Preparatoria:	1. Pérdida de piezas dentarias.
— Masticación.	2. Desajuste de la prótesis.
— Formación del bolo.	3. Atrofia de los músculos de la masticación.
2. Tránsito:	4. Disminuye la producción de saliva.
— Bolo en base de la lengua.	
— Propulsión contra el paladar duro y faringe.	
3. Reflejo deglutorio:	
— Estimulación de los pilares amigdalinos e inicio del reflejo.	
Fase faríngea (involuntaria)	
1. Elevación del paladar blando.	1. Disminuye el tono muscular que puede alterar el aclaramiento faríngeo.
2. El músculo constrictor superior evita la regurgitación.	2. Mayor propensión al desarrollo de divertículos.
3. Peristaltis faríngea hacia hipofaringe.	3. Epiglótis más lenta y pequeña.
4. Cierre de cuerdas vocales.	4. Alargamiento del tiempo de apnea.
5. La laringe se mueve hacia delante y hacia arriba.	
6. La epiglótis cae sobre la apertura laríngea.	
7. Apertura del esfínter cricofaríngeo.	
Fase esofágica (involuntaria)	
1. Peristaltismo hacia la región esofágica.	Disminuye la amplitud de las contracciones peristálticas esofágicas.
2. Relajación del esfínter esofágico inferior.	

(Rojas, et al., s.f.)²

SEMIOLOGÍA DE LA DISFAGIA:

Teniendo en cuenta la fisiología de la deglución, la disfagia corresponde a un trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos por una deficiencia en cualquiera de las cuatro etapas de la deglución y que puede desencadenar neumonía, desnutrición, deshidratación y obstrucción de la vía aérea.

La disfagia puede clasificarse respecto de su fisiopatología en funcional (o motora) y mecánica (u obstructiva).

(M., et al., 2009)³

CLASIFICACIÓN:

La disfagia puede clasificarse respecto de su fisiopatología en funcional (o motora) y mecánica (u obstructiva).

La disfagia funcional es variable, puede presentarse tanto con sólidos como con líquidos, el tránsito de la comida puede favorecerse mediante algunas maniobras (degluciones repetidas o elevación de brazos).

La disfagia mecánica es persistente, más marcada con los sólidos, produciéndose regurgitación.

También puede clasificarse desde un punto de vista topográfico en disfagia orofaríngea o esofágica.

Los pacientes con disfagia orofaríngea refieren generalmente dificultad para iniciar la deglución o para manipular los alimentos en la boca y una mayor dificultad para el manejo de los líquidos. Son características de la disfagia orofaríngea la salivación excesiva, lentitud en iniciar la deglución, regurgitación nasal, tos al deglutir (con sensación de ahogo), degluciones repetidas, disfonía y disartria, pudiendo asociarse a otros síntomas neurológicos. Esta se puede asociar al envejecimiento y se considera un síndrome geriátrico por su elevada prevalencia, su relación con múltiples factores de riesgo, su interacción con otros síndromes geriátricos, las complicaciones que se derivan de ella y su mal pronóstico.

En la disfagia de origen esofágico aparece inicialmente una mayor dificultad para la ingesta de alimentos sólidos. La disfagia esofágica suele presentar sensación de obstrucción retroesternal o epigástrica, dolor torácico, regurgitación tardía y puede asociarse a otros síntomas esofágicos.

CONDICIONES-CAUSAS QUE SE ASOCIAN A DISFAGIA:

Con el paso de los años, se producen una serie de cambios fisiológicos que pueden afectar la deglución orofaríngea, en especial a nivel de la etapa oral como son la pérdida de la dentición, el deterioro muscular y la xerostomía. Además, en los pacientes mayores existe una mayor incidencia de patologías que pueden comprometer la deglución, por ejemplo: accidentes cerebrovasculares (ACV), enfermedad de Parkinson, enfermedades degenerativas y neoplasias, entre otras.

La disfagia constituye un factor de mal pronóstico en pacientes con ACV al aumentar el riesgo de infecciones respiratorias, desnutrición, estancia hospitalaria prolongada y mortalidad.

(M., et al., 2009)³

Tabla 2. Causas más frecuentes de disfagia en el paciente anciano

Localización disfagia	Lesiones estructurales	Enfermedades neuromusculares
I. Disfagia orofaríngea	Intrínsecas: Tumores, estenosis, cirugía, inflamatorias, infecciosas. Extrínsecas: Bocio, vasculares, vertebrales.	S.N.C. ACVA, demencias, Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica. Nervios craneales: Diabetes mellitus, parálisis laríngeo. Músculo: Miopatías, distrofias, hipo/hipertiroidismo, amiloidosis, disfunción cricofaríngea.
II. Disfagia esofágica	Intrínsecas: Neoplasias, estenosis, cirugía, cáusticas, cuerpos extraños. Extrínsecas: Tumores, aneurisma, cardiomegalia.	Carcinoma esofágico. Estenosis péptica. Compresión vascular (aneurisma de aorta). Adenopatías mediastínicas (carcinoma de pulmón, linfoma, tuberculosis). Osteoartropatía cervical. Acalasia, espasmo esofágico difuso. Esclerodermia, diabetes mellitus.

(Rojas, et al., s.f.)²

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISFAGIA:

Las complicaciones derivadas de esta enfermedad pueden ser:

- a) Complicaciones derivadas de la presencia de material extraño en la vía aérea
- b) Malnutrición y deshidratación
- c) Dependencia, aislamiento social, más cuidados e institucionalización
- d) Necesidad de nutrición artificial (sonda nasogástrica o gastrostomía)

En referencia a las complicaciones, la malnutrición, la deshidratación, las infecciones respiratorias y la neumonía aspirativa (NA) son las más frecuentes. Están causadas principalmente por 2 grandes grupos de alteraciones orofaríngeas:

1) Las alteraciones de la eficacia, asociadas a debilidad de la musculatura orofaríngea, causando deshidratación y malnutrición, ya que el paciente es incapaz de ingerir los fluidos y nutrientes necesarios para mantener una correcta hidratación y nutrición.

2) Las alteraciones de la seguridad en el anciano están asociadas a una respuesta motora orofaríngea enlentecida debida, a la elevada prevalencia de enfermedades neurológicas y neurodegenerativas y a la afectación de la vía sensorial aferente orofaríngea en esta población. Estas alteraciones provocan un cierre tardío del vestíbulo laríngeo (principal mecanismo de protección de la vía aérea) pudiéndose producir un atragantamiento por obstrucción de ésta y penetraciones y aspiraciones que pueden desarrollar infecciones respiratorias como neumonía aspirativa.

Por otra parte, la DO se asocia además a un incremento de los reingresos y la estancia hospitalaria, incrementando los costos sanitarios, y a una mayor morbilidad que reduce la calidad de vida de los pacientes y genera ansiedad y depresión en ellos y sus cuidadores.

(Rojas, et al., s.f.)²

(E., 2009)⁵

FISIOPATOLOGÍA DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA:

La parte alta del tubo digestivo está constituida por músculo estriado, músculo liso y zonas de transición. La disfagia orofaríngea funcional se produce por una alteración en la vía que controla la acción de la musculatura estriada a este nivel.

Se ha encontrado que la disfagia se ha relacionado con disfunción del IX y X pares de nervios craneales, manifestada como disfunción faríngea con acumulación de residuos, debilidad, parálisis de cuerdas vocales y disartria.

(M., et al., 2009)³

PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA DE LA DISFAGIA EN EL ANCIANO:

Su prevalencia en la población general es de un 6-9% y aumenta progresivamente con la edad, llegando a afectar a un 60% de los pacientes de edad avanzada que están hospitalizados. La disfagia tiene consecuencias sociales, económicas y una significativa morbilidad. Los frecuentes atagamientos e incluso episodios de asfixia que pueden presentar estos pacientes hacen que se aislen y eviten alimentarse en presencia de otras personas.

La disfagia aumenta el riesgo de desarrollar una neumonía aspirativa, la que tiene un 40% de mortalidad y es la 4ª causa de muerte más frecuente en adultos mayores.

En algunos estudios se describen resultados relacionados con la detección de la disfagia en mayores institucionalizados. En estos estudios el método de estudio es el test MECV-V con el que se detecta una prevalencia de disfagia del 65%; los pacientes identificados con este método presentaron antecedentes de neumonía y malnutrición o riesgo de tenerla en más del 70%.

La identificación de esta enfermedad con este test permite aplicar las medidas necesarias en la adaptación de los fluidos y los sólidos de la alimentación.

Los trastornos de la deglución en los ancianos, han sido asociados con un mal pronóstico y desnutrición severa, y representan un riesgo de mortalidad del 13%.

Actualmente más de 25 millones de personas están afectadas por demencia, la mayoría de las cuales sufren Alzheimer. La prevalencia de las alteraciones de la deglución en pacientes con enfermedades neurológicas y asociadas al envejecimiento es elevada (el 84% de los pacientes con Alzheimer pueden presentar disfagia y más del 60% de los ancianos).

(E., 2009)⁵

Definición de MECV-V:

Este test es utilizado en logopedia para detectar la existencia de disfagia orofaríngea, aspiraciones silentes y el tipo de textura segura que pautar al paciente. Se administra a los pacientes en los que se sospecha que pueda existir esta enfermedad o en aquellos más vulnerables (ancianos).

Es un test sencillo, seguro y económico.

Su objetivo es detectar disminución de la eficacia y los problemas de seguridad en la deglución; y seleccionar el volumen y viscosidad adecuados que sean seguros (con o sin espesante). Se basa en la observación de las reacciones de tos, asfixia y alteración de la voz.

Volúmenes → 5g: cuchara de postre

→10g: cuchara sopera no colmada

→20g: cuchara sopera colmada

Viscosidad →baja: líquido

→media: néctar

→alta: pudding

EJEMPLO DE MECV-V:

Fecha de exploración:

Saturación de oxígeno basal:

VISCOSIDAD	NÉCTAR	LÍQUIDO	PUDDING
------------	--------	---------	---------

ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD

5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml
-----	------	------	-----	------	------	-----	------	------

Tos									
Cambio de voz									
Desaturación de O2									

ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA

5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml
-----	------	------	-----	------	------	-----	------	------

Sello labial									
Residuo oral									
Deglución fragmentada									
Residuo faríngeo									

EVALUCIÓN FINAL:

RECOMENDACIÓN DIETÉTICA:

INGESTA DE FLUIDOS RECOMENDADA:

Viscosidad	Líquido				
	Néctar				
	Pudding				
Volumen	Bajo				
	Medio				
	Alto				

DISFAGIA Y ASPIRACIONES:

Las complicaciones respiratorias suponen la principal causa de mortalidad en los pacientes con disfagia orofaríngea. Hasta el 50% de los pacientes ancianos con disfagia presentan alteraciones de la seguridad de la deglución (penetraciones y aspiraciones).

La aspiración corresponde al paso de alimento o secreciones a la vía aspiratoria, por debajo del nivel de las cuerdas vocales.

Un tipo de aspiración es la aspiración silenciosa se define como una aspiración que no produce tos ni dificultad respiratoria; al ser asintomática no puede ser detectada clínicamente y su diagnóstico se basa en la evaluación endoscópica o radiológica de la deglución o bien pueden ser detectadas mediante el MECV-V, puesto que este método incluye la determinación de la saturación de oxígeno. Un descenso de $> 3\%$ en la saturación de oxígeno durante o inmediatamente después de la ingesta de un bolo sugiere una aspiración.

Se ha descrito la presencia de este tipo de aspiración a distintos cuadros como pueden ser intubación prolongada, cáncer de cabeza y cuello, Parkinson o Síndrome de Down entre otros.

El desarrollo de una neumonía requiere la combinación de la disfagia con aspiración, que el material orofaríngeo esté colonizado por gérmenes capaces de producir neumonía, hecho que se relaciona con la mala higiene oral y dental, caries y enfermedades periodontales y, una mala respuesta inmune relacionada con la edad y la fragilidad. Además existe un mayor riesgo de desnutrición en este tipo de pacientes en comparación con aquellos que no padecen esta enfermedad.

(M., et al., 2009)³

DISFAGIA OROFARÍNGEA EN ANCIANOS:

La disfagia es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos a pesar de su elevada prevalencia y su gran impacto en la capacidad funcional, salud y calidad de vida de los que la padecen.

En la mayoría de los ancianos se presenta como un síndrome crónico a partir de su aparición en el contexto de una enfermedad neurológica, neurodegenerativa o asociada al envejecimiento.

Los principales factores de riesgo asociados a la disfagia orofaríngea en el anciano son: la edad, la disfuncionalidad, la sarcopenia, la fragilidad, la polimedicación y las comorbilidades. Además la disfagia interacciona con otros síndromes geriátricos como pueden ser: deterioro funcional, síndrome confusional agudo o enfermedades neurológicas o degenerativas.

(E., 2009)⁵

(Clavé, 2012)⁶

Algunos ejemplos:

Disfagia en pacientes con accidente cerebrovascular agudo (ACVA):

La disfagia afecta entre un 22-65% a los pacientes después de un ACVA. Su detección es una parte importante del tratamiento en la fase aguda del ictus, ya que constituye un marcador de mal pronóstico.

Este tipo de enfermedad es una complicación que puede presentarse como secuela del ACVA. En las lesiones hemisféricas izquierdas existe una mayor afectación de la fase oral, con dificultad para la coordinación motora y apraxia. Cuando la lesión es en el hemisferio derecho existe una mayor afectación de la fase faríngea con mayor frecuencia de broncoaspiraciones. La disfagia después de un ACVA se asocia a un mayor número de infecciones pulmonares, mayor morbilidad, bien por fallecimiento o alteración hidroelectrolítica, mayor mortalidad intrahospitalaria, peor pronóstico funcional y malnutrición, neumonía y hasta reingreso.

Como es sabido el paciente con ACV necesita atención multidisciplinaria compuesto por un equipo con diferentes integrantes como neurólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda... La terapia del habla desempeña un papel importante en el tratamiento de este tipo de enfermedad ya que permite que se den unas condiciones satisfactorias para una alimentación segura minimizando las náuseas y las aspiraciones.

En estudios realizados en enfermos con disfagia después de un ACVA se ha visto que es transitoria, y con rehabilitación la incidencia va disminuyendo a lo largo de los meses.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, los factores que se asocian a trastornos de la deglución en este tipo de pacientes son: infartos-lesión hemisférica o depresión de la conciencia. Las principales características clínicas asociadas pueden ser: alteración del reflejo de náusea, trastorno de la tos, disfonía, cierre labial incompleto o parálisis de los nervios craneales.

(E., 2009)³

Disfagia en pacientes con Parkinson:

La disfagia es un problema frecuente en la enfermedad de Parkinson, sin embargo, al ser de instauración lentamente progresiva, el enfermo suele tener escasa conciencia de su dificultad para tragar.

La afectación de la deglución va apareciendo de forma secuencial a lo largo de la enfermedad: en primer lugar se produce una reducción de la peristalsis faríngea continuado por afectación de la capacidad para formar el bolo adecuadamente por problemas en la motilidad lingual. Más adelante puede alterarse el cierre laríngeo, la función cricofaríngea y en las fases más avanzadas se produce un retraso en el inicio del reflejo deglutorio.

(E., 2009)³

Disfagia en pacientes con demencia:

La disfagia orofaríngea en la demencia aparece en un 50% de los pacientes a lo largo de la evolución de la enfermedad. Su aparición condiciona en gran medida la evolución clínica de la enfermedad, tanto por las complicaciones que conlleva como puede ser la malnutrición como las neumonías por aspiración.

La disfagia presente en enfermos de Alzheimer se denomina disfagia neurógena y la importancia de poder identificarla precozmente radica en que es un síntoma grave, con complicaciones que pueden causar la muerte del paciente y aparecer tanto en el periodo

agudo del proceso como en el subagudo o crónico. Las complicaciones más frecuentes son las aspiraciones silentes.

La prevalencia de aspiración de bolos líquidos en pacientes neurológicos sobrepasa el 20% y se reduce significativamente a la mitad administrando una viscosidad néctar y al 5% con una viscosidad pudding.

(E., 2009)⁵

(González & Molina Recio, 2016)¹

Disfagia en pacientes con patología oncológica:

Los tumores de cabeza y cuello suelen acompañarse de disfagia por afectación muscular y nerviosa y por los efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos. En los casos de estos tipos de enfermedades la disfagia puede empeorar la astenia que se asocia, la xerostitis por efectos secundarios del tratamiento y la debilidad muscular con un mayor riesgo de broncoaspiraciones.

(E., 2009)⁵

Tabla 3. Disfagia en la población anciana según patologías

Patología	Frecuencia
Accidente vascular cerebral	43-60%
Enfermedad de Parkinson	35-50%
Enfermedad de Alzheimer	45-50%
Neoplasias de cabeza y cuello	59%

(Rojas, et al., s.f.)²

VALORACIÓN DEL PACIENTE CON DISFAGIA:

➔ Anamnesis:

- Duración y forma de inicio
- Forma de evolución en el tiempo
- Modificación según consistencia de los alimentos
- Descripción de lo que ocurre cuando el enfermo intenta beber o comer y el tiempo que emplea para hacerlo
- Presencia de tos inmediata o diferida (hasta 2 minutos) o sensación de atragantamiento durante la deglución (indicación de paso de comida a las vías aéreas)
- Babeo durante la masticación o deglución
- Presencia de residuos en la cavidad oral al final de la ingesta
- Modificación de la patología con la postural
- Consecuencias nutricionales y sociales de la disfagia

→ Exploración física:

- a) Movilidad labial: pronunciación de las vocales "I" - "U"
- b) Movilidad lingual: pronunciación de las letras "K" - "A"
- c) Sensibilidad oral
- d) Exploración de reflejos
 - Reflejo palatino
 - Reflejo nauseoso
 - Reflejo tusígeno
- e) Maniobra de palpación externa: debajo del mentón del paciente, tocando la garganta para observar la maniobra de tragar.

→ Exploraciones complementarias:

- a) Estudio baritado simple, endoscopia, videoendoscopia, manometría de EES ante la sospecha de trastorno estructural o neuromuscular esofágico
- b) Valoración del otorrinolaringólogo
- c) Estudio videofluoroscópico

(E., 2009)⁵

EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA:

Objetivos → Evaluar la integridad funcional de la deglución

→ Identificar las causas

→ Evaluar riesgo de aspiración

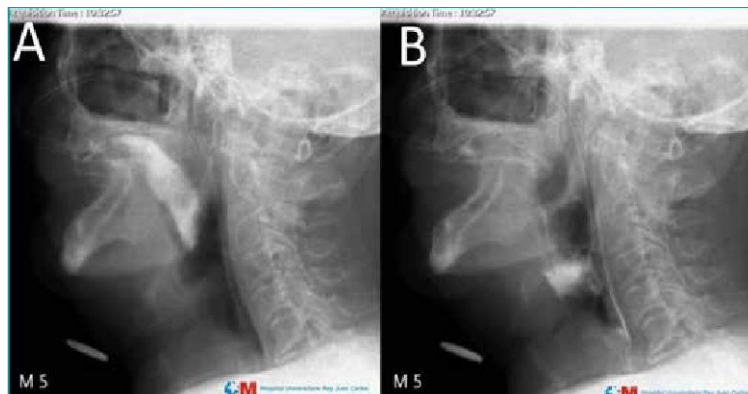
→ Determinar tratamiento y eficacia del mismo

Técnicas y diagnóstico:

El diagnóstico de disfagia se realiza mediante una evaluación clínica y a través de técnicas instrumentales. Las observaciones de la ingesta se basan en parámetros objetivos como puede ser la saturación de oxígeno.

a) Evaluación clínica: es una exploración clínica de las etapas pre-oral, oral y faríngea. Relaciona el riesgo de penetración laríngea y aspiración con signos presentados al deglutir líquidos en pequeño volumen (tos-disfonía-voz húmeda...)

b) Videofluoroscopia (VFC): Surge como un método diagnóstico complementario y se considera uno de los mejores patrones para el estudio de esta enfermedad. Es una exploración radiológica dinámica en distintas consistencias y volúmenes. Permite estudiar en tiempo real todas las estructuras que participan en la deglución.



c) Evaluación endoscópica (EES): esta técnica permite evaluar la presencia de secreciones faríngeas. El paciente es estudiado con diversas consistencias y volúmenes progresivos, debiéndose evaluar de manera repetida para comprobar la presencia de aspiración y determinar el efecto de la fatiga en la deglución.

Los principales parámetros a evaluar son: residuos faríngeos, penetración laríngea, aspiración, reflujo y capacidad de limpieza.

d) Evaluación endoscópica con estudio sensorial: esta técnica evalúa la sensibilidad de la laringe, lo que es muy relevante dado que las alteraciones sensoriales se asocian a disfagia y riesgo de aspiración.

e) Laboratorio de señales de deglución: es una combinación de hardware y software especializados en mostrar señales fisiológicas relacionadas con la deglución en tiempo real.

(M., et al., 2009)³

ABORDAJE PRÁCTICO:

Los principales objetivos de tratamiento de los pacientes con disfagia están orientados a conseguir una deglución eficaz y segura:

- a) Adecuado estado de hidratación y nutrición
- b) Disminuir riesgo de broncoaspiración
- c) Disminuir el riesgo de complicaciones médicas asociadas
- d) Valorar las necesidades y formas adecuadas de suplementación
- e) Orientar a otras vías de alimentación no oral si es necesario

En el programa de recuperación de la disfagia se combinan 2 tipos de abordaje:

- ➔ Técnicas compensatorias: dirigidas a facilitar la deglución modificando las variables externas que pudieran complicar la deglución. Las medidas utilizadas contemplan variables como: postura, estimulación sensorial, volumen y consistencia del alimento...
- ➔ Técnicas terapéuticas: estas técnicas se dividen en indirectas (sin alimento dentro de la cavidad oral, incluyen la estimulación de las estructuras oral y faríngea) o directas (maniobras directas de la deglución de alimentos, incluyen modificación de la consistencia de los mismos), y tienen como objetivo modificar o mejorar la deglución del paciente. Estas técnicas se utilizan como tratamiento alternativo de la enfermedad con alimentación asistida.

Teniendo en cuenta que los trastornos de la deglución se asocian a alto riesgo de neumonía y muerte, cuando el paciente no puede deglutir es necesario el uso de sonda nasogástrica (SNG) o nasoduodenal (SND) para proveer alimentación y administrar los medicamentos. En pacientes que no toleran bien la SNG o en casos de que se pronostique una prolongada dificultad para tragar, es inevitable colocar sonda de gastrostomía percutánea (PEG) con la cual debe tenerse cuidado pues su autoretirada puede provocar peritonitis y otras complicaciones.

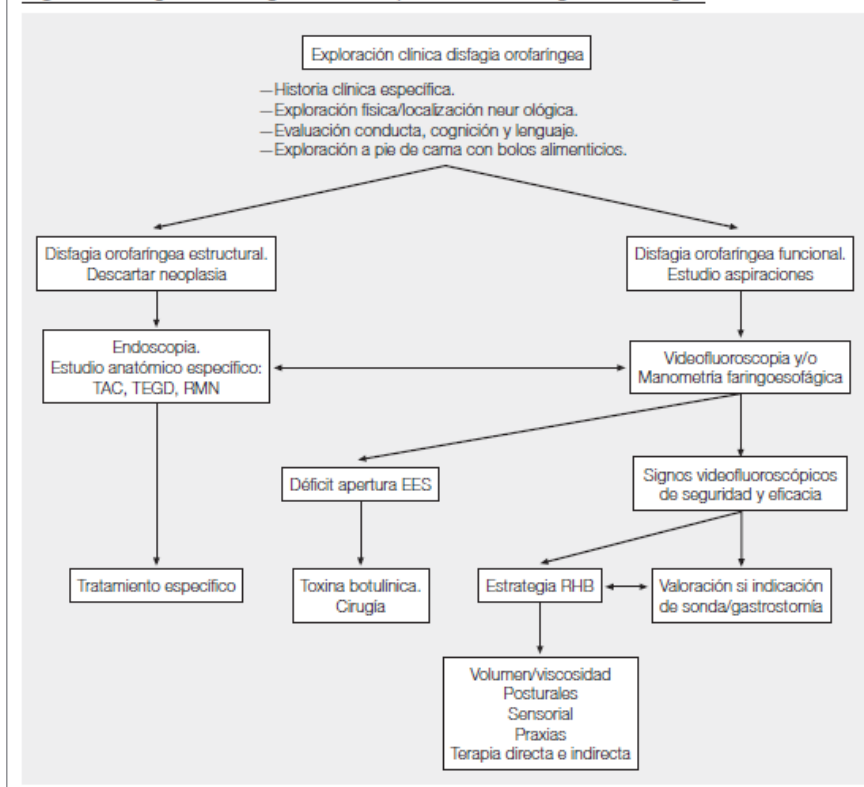
(E., 2009)⁵

Tabla 5. Ejercicios bucolinguofaciales y praxias bucofonatorias

Ejercicios bucolinguofaciales	
Respiratorios	<ul style="list-style-type: none"> — Control del soplo y la inspiración. — Respiración oral y nasal. — Entrenamiento de distintos ritmos respiratorios. — Periodos de apnea breves (simulación del momento del trago).
Labiales	<ul style="list-style-type: none"> — Apretar fuertemente los labios. — Esconder los labios. — Estirar los labios mientras permanecen cerrados. — Intentar unir las dos comisuras bucales. — Dar besos. — Pronunciar M, B, P.
Linguales	<ul style="list-style-type: none"> — Rotación de la lengua entre los dientes y los labios. — Sacar y esconder la lengua. — Dirigir la lengua hacia la derecha o izquierda. — Mover la lengua hacia arriba o abajo. — Barrer el paladar. — Empujar las mejillas.
Mandibulares	<ul style="list-style-type: none"> — Abrir y cerrar la boca. — Bostezar. — Mover a los lados. — Hinchar, succionar las mejillas alternativamente.
Dentales	<ul style="list-style-type: none"> — Simular masticación. — Con dientes superiores morder el labio inferior. — Con dientes inferiores morder labio superior.

(Rojas, et al., s.f.)²

Figura 1. Algoritmo diagnóstico terapéutico de disfagia orofaríngea



Modificado de Clavé P. REED 2004; 96: 119-31.

(Rojas, et al., s.f.)²

TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA:

Para realizar un correcto diagnóstico, manejo y tratamiento de la DO es necesario trabajar con un equipo multidisciplinar que sea capaz de cubrir el amplio espectro de factores a intervenir (geriatras, radiólogos, otorrinolaringólogos, digestólogos, logopedas, nutricionistas, dentistas, enfermeros, rehabilitadores...)

Cuando se autoriza la alimentación por vía oral de un paciente con disfagia, el equipo de manejo debe establecer las medidas terapéuticas en forma personalizada para minimizar el riesgo de aspiraciones.

Medidas → Cambios posturales: dependerá de donde se encuentre la afectación

1. Reducción del cierre labial: cabeza hacia atrás
2. Reducción de movilidad lingual: cabeza hacia atrás y colocar alimentos al final de lengua
3. Retraso en el inicio del reflejo deglutorio: cabeza hacia delante
4. Normalmente el paciente estará sentado formando un ángulo de 90º

→ Cambios en la consistencia de la dieta: Habitualmente, las preparaciones más homogéneas y espesas son las más seguras al no dejar residuos y escurrir lentamente, dando tiempo a que se inicie la deglución. No se deben mezclar texturas y es necesario administrar volúmenes pequeños.

Dependerá del lugar de afectación:

1. Regurgitación nasal: texturas espesas
2. Reducción de la movilidad lingual: consistencias aligeradas
3. Retraso en el inicio del reflejo deglutorio: consistencias espesas de alto contenido hídrico. Se recomiendan bolos fríos, helados o sabores ácidos para la estimulación sensorial.
4. Líquidos con espesantes: indicados en los trastornos sensitivos motores de la lengua, en la aspiración faringonasal y en la alteración del cierre laríngeo.
5. Líquidos acuosos: indicados en la contracción faríngea débil y en la apertura cricofaríngea reducida.

→ Cambios en la consistencia de los bolos: la gran mayoría de los pacientes con disfagia orofaríngea presentan alteraciones funcionales de origen neurológico y/o muscular, las que requerirán una rehabilitación además de la terapia de la patología de base.

(M., et al., 2009)³

DIETAS HOSPITALARIAS:

Según la demografía, la proporción de personas mayores de 65 años está aumentando. Esta población es la que más riesgo de sufrir disfagia tiene ya que esta enfermedad está relacionada además de sus múltiples causas con el envejecimiento.

Este tipo de trastorno puede tener unas consecuencias para el estado de salud como puede ser desnutrición, aspiraciones, neumonías... Estas se pueden prevenir adaptando la consistencia de los alimentos a ingerir.

Para comprobar si las dietas hospitalarias se adecúan a este tipo de enfermedad hay tener en cuenta varias cuestiones.

1. Confirmar la adecuación de las dietas prescritas a través de una encuesta específica sobre identificación, asesoramiento y manejo de la disfagia.
2. Comparar la dieta ofrecida en el hospital con las recomendaciones para una dieta disfágica.
3. A partir de los resultados obtenidos, modificar la dieta para incluir mejoras si se puede.

(Moreno, et al., 2006)⁷

CONCLUSIONES:

-La disfagia es un síntoma presente en múltiples patologías que puede llegar a tener consecuencias graves (nutricionales, respiratorias, etc.) por lo que es esencial un diagnóstico precoz y adecuado. Así cuando un paciente padece esta enfermedad es muy importante que tanto él como sus cuidadores y/o familiares conozcan el estado del paciente y las medidas necesarias a tomar, para evitar conductas inadecuadas y consecuencias graves como pueden ser las aspiraciones.

Además de los cuidadores y familiares los enfermos necesitan un equipo multidisciplinar que se encargue de su cuidado, así se conseguirá el objetivo más importante que es conseguir una alimentación segura y eficaz de estos pacientes.

-La disfagia suele ser infradiagnosticada, además de infravalorada su gravedad, tanto en el ámbito sanitario como en el domiciliario. Es una de las mayores enfermedades silenciosas que conocemos; se dice silenciosa porque la mayoría de pacientes no tiene conciencia de su importancia y desconoce como tratarla.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-González, M. B. & Molina Recio, G., 2016. Abordaje de la disfagia orofaríngea en el Alzheimer. *Nutrición Hospitalaria*.
- 2.-Rojas, C. J., Corregidor Sánchez, A. I. & Gutiérrez Bezón, C., s.f. Capítulo 53 Disfagia. *Tratado de geriatría para residentes*.
- 3.-M., D. G. N., Ortega T., D. A. & Fuentealba M., I., 2009. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Revista Médica Las Condes*.
- 4.-Rubiera, D. A. B., Marcos Plasencia, D. L. M. & Aguilera Martínez, L. Y., 2009. Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. *Revista Electrónica MediSur*.
- 5.-E., C. G., 2009. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutrición hospitalaria*.
- 6.-Clavé, P., 2012. Disfagia oroafaríngea en ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.
- 7.-Moreno, C., García, M., Martínez, C. & G. G., 2006. Análisis de adecuación y situación de las dietas para disfagia en un hospital provincial. *Nutrición Hospitalaria*.

